



CC 022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

ARI ROCHA

JULIO DE ALBUQUERQUE FERNANDES

WILSON PACHECO

1980

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

REVISÃO DE 30 CASOS DE PACIENTES APENDICECTOMIZADOS
COM COMPROVAÇÃO ANATOMO-PATOLÓGICA DE APENDICITE
AGUDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

8,0 (oito)
(oito) zero)
frente 2615

REVISÃO DE 30 CASOS DE PACIENTES APENDICECTOMIZADOS
COM COMPROVAÇÃO ANATOMO PATOLÓGICA DE APENDICITE
AGUDA

ARI ROCHA
JULIO DE ALBUQUERQUE FERNANDES
WILSON PACHECO

1.980.

1 - RESUMO :

Foram estudados 30 casos de pacientes apendicetomizados por apendicite aguda comprovada anatomicamente no período de 06 de julho de 1979 à 20 de setembro de 1980, no Serviço de cirurgia Geral do Hospital Florianópolis, abrangendo faixa etária superior a 12 anos.

A análise abrangeu a incidência (faixa etária e cor) posição do apêndice, via de acesso utilizada, sintoma inicial do quadro e tempo de seu início, dados de exame físico, laboratoriais e radiológicos.

Dos 30 casos não houve óbitos, sendo que as complicações foram encontradas em 10 pacientes, predominando os abscessos de parede.

O estudo radiológico ficou prejudicado já que dos 30 casos foram encontrados apenas 14 radiografias.

INTRODUÇÃO

A análise retrospectiva de 30 casos de pacientes apendicectomizados do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Florianópolis objetivou estabelecer uma correlação entre dados clínicos-laboratoriais encontrados em nosso meio e os citados na literatura mais usualmente utilizada por nós. Dessa forma pode-se estabelecer um parâmetro de qualidade da assistência prestada, bem como adaptar conceitos teóricos a realidade de uma população ainda não estudada.

É importante ressaltar que foram levantados casos de apendicite aguda devidamente comprovados por exame anátomo patológico o que valoriza os achados clínicos e laboratoriais para diagnóstico. Dessa forma partiu-se de um diagnóstico estabelecido para a coleta dos dados referidos.

Observou-se também que há no Serviço um emfoque bastante semelhante com relação aos casos tratados, o que é bastante positivo, tratando-se de um serviço instalado há pouco ' mais de um ano e contando com cirurgiões procedentes de escolas diferentes.

Como dissemos anteriormente, houve falha na coleta de dados radiológicos, já que por problemas relacionados a guarda dos dados radiológicos e radiografias, conseguiu-se localizar apenas 14 exames dos 30 pacientes pesquisados.

REVISÃO DA LITERATURA

APENDICITE AGUDA

- Histórico

Data de 1755 a primeira vez que foi descrita a apendicite, através de Heister. Em 1759 Mestivier após estudos através necrópsia, descrevia o abcesso apendicular.

Durante aproximadamente meio século a apendicite foi abandonada devido a contra indicação cirurgica adotada por toda a Europa face aos conceitos de Tiflíte e Peritífite criados por Dupuytren.

Reginaldo Fitz publica com grande sucesso um trabalho sobre apendicites; logo depois a tecnica de apendicetomias é descrita por Mc Burney (3)

- Incidência

A incidência das apendicites está intimamente ligada ao sexo, já que a incidência é de 3 a 4 vezes mais frequentes no sexo masculino, embora hajam autores que igualam a incidência nos dois sexos.

Com relação a raça, não há qualquer predomínio em qualquer raça. É uma patologia da idade jovem, cuja frequência é inferior aos 20 anos de idade.

Existe referências sobre incidência familiar de casos de apendicite. (3)

- Etiopatogenia

Lesões traumáticas de qualquer etiologia, podem desencadear a infecção apendicular. Oxiuros e corpos estranhos são agentes que provocam lesão da mucosa, provocando a partir daí o desencadeamento da apendicite aguda.

Sem que se tenha uma resposta satisfatória que explique a relação entre doença exantematica e apendicite, mas

a verdade é que são relatados casos de apendicite aguda associada ao sarampo. A infecção é uma outra entidade de papel preponderante na apendicite. Feçalitos, corpos estranhos, tecido fibroso na luz, determinam a obstrução desse órgão, já que o mesmo é um órgão oco, fazendo com que a secreção apendicular aumente a pressão intraluminar provocando hiperperistaltismo, congestão vascular, enfartes de parede, invasão bacteriana e caminhando daí para a perfuração.

- Sinais e Sintomas

a) Dor:

A dor se apresenta como um dos sintomas principais da apendicite aguda.

Quando qualquer dor abdominal persiste por mais de seis horas, deve ser considerada com receio. (2)

O paciente relata o aparecimento de uma dor periumbelical e epigastrio, dor essa devido ao fato da inervação do apendicite e intestino delgado ser comum.

Com a evolução do quadro há comprometimento da parede do apendice e por contiguidade atinge o peritônio parietal e a dor se desloca para a fossa ilíaca direita, do tipo contínua e aguda, localizando-se definitivamente aí, e se exacerbando com qualquer movimento devido o contato das serosas.

No caso de perfuração, a dor desaparece imediatamente, aparecendo mais tarde generalizada devido a peritonite.

A dor pode localizar-se em flanco e região lombar nos casos de apendice retrocecal, e em hipogastrio nas apendicites pelvianas.

b) Náusea e Vômitos:

É um sintoma que acompanha o quadro de apendicite aguda.

Há autores que se contradizem com relação ao aparecimento deste sintoma antes ou depois da dor. Alguns dizem que aparecem depois da dor, e que quando ao contrário pode-se quase que afastar o diagnóstico da doença (2) enquanto que outros dizem que principalmente em crianças pode aparecer como primeiro sintoma (3).

Os vômitos não guardam características específicas, exceto se apresentado até fecalóide e abundante diante de íleo paralítico devido a peritonite.

c) Febre:

É de aparecimento progressivo e não muito elevada (1)

d) Outros Dados:

Os sinais físicos dependem em parte da posição do apendice.

Em sua posição normal podemos encontrar hiperestesia e defesa muscular em amplitudes máximas no ponto de Mc Burney, localizado na junção do terço lateral com terço médio da linha que une a espinha ílica antero superior com a cicatriz. Aparece aí a dor à descompressão rápida.

Em fases mais tardias encontram-se dores testiculares ou urinárias, diarréia mucosa, taquicardia, toque retal ou vaginal dolorosos e empastados, temperatura diferencial axilo retal, acima de um grau centígrado. Sinais estes que indicam complicações da doença tais como: gangrena, perfuração ou supuração. (1)

Quando o apendice se estabelece em posição anômala, os sinais locais de irritação peritonal são mais evidentes em outros pontos sem ser o de Mc Burney.

Dor ao movimento de extensão do membro inferior direito é um fato comum devido a mobilização do musculo psoas quando o apendice está próximo a este.

e) Exames Complementares:

- Hemograma:

Normalmente há leucocitose, principalmente nas supuradas, onde o numero de leucócitos varia entre 10.000 à 20.000 células por milímetro cubico.

É comum neutrofilia embora a ausencia deste dado não invalide o diagnóstico. (2)

- Raio X:

Outro dado de discussão contrária entre os autores. Algumas obras nos dizem que é inteiramente desaconselhável por não oferecer dados de interesse. (3) Outras recomendam principalmente o RX simples de abdome, pois pode nos apresentar dados como visualização de massa radiopaca sugerindo um coprolito, dilatação do ceco com nível líquido e edema de parede, apagamento de psoas. Nos casos de perfuração, teríamos ainda ar livre na cavidade peritoneal, e afastamento das alças do delgado por exsudação nas peritonites. (1) Também tem importância este exame no diagnóstico diferencial para exclusão de outras patologias como obstrução do delgado e cálculo ureteral, bem como o RX de tórax para excluir pneumonia basal direita que principalmente em crianças pode simular apendicite aguda. (2)

- Parcial de Urina:

Tem importância principalmente no exame do sedimento urinário, pois a presença de hemácias pode sugerir lesão renal e ureteral. Piócitos sugerem infecção urinária.

Nas apendicites retrocecais a hematúria é frequente confundindo muitas vezes o raciocínio diagnóstico.

f) Diagnóstico Diferencial:

Há bastante patologias que necessitam serem afastadas para se chegar ao diagnóstico da apendicite aguda. Iremos citar as mais importantes e frequentes com o principal sinal, sintoma ou meio diagnóstico que a diferencia da patologia tratada neste trabalho.

1. Úlcera perfurada- A história normalmente é soberana nestes casos, pois o paciente terá normalmente um passado de sintomas que sugerem que o mesmo seja portador de úlcera peptica.
2. Colecistite aguda - Os pacientes apresentam dor que se irradia para ombro direito ou dorso. Os vômitos são geralmente mais persistentes e o quadro é geralmente mais rápido, além de que a vesícula poderá ser palpável e dolorosa.

3. Calculo uretral - O sinal de giordano presente nos dará o diagnóstico, além do paciente ao contrário da apendicite, permanecer inquieto no leito. Normalmente não há febre e apresenta hematuria no exame de urina.
4. Pielite aguda - Apresenta disúria e febre elevada. Não há sinais de irritação peritoneal.
5. Prenhez tubaria rota-Há dor hipogástrica violenta, acompanhada de sinais ginecológicos e sistemicos de gravidez. A punção de Douglas revelará presença de sangue.
6. Anexite aguda - A história portando corrimentos, disúria e o exame físico apresentado empastamento de um ou outro anexo é subsídio para o diagnóstico.
7. linfadenite mesentérica - A laparotomia é que sela o diagnóstico nos casos agudos, onde encontra-se ganglios tumefeitos, congestos, edema em todo o mesentério correspondente ao íleo terminal.
8. Diverticulite de Meckel - O diagnóstico só é feito no ato cirúrgico na maioria dos casos.
9. Pneumonia - É muito comum simular apendicite em crianças, porém falta a defesa abdominal e outros sinais de irritação peritoneal, além da presença de sinais físicos na ausculta pulmonar.
10. Peritonite pneumocócica - Pode ser secundaria a pneumonia ou otite, ou ser primaria por germes ascendentes dos anexos. No primeiro caso, a história e exame físico dará subsídios para o diagnóstico.
11. Enfarte mesentérico- Há um quadro clínico-rico em termos de sintomatologia abdominal, como dor violenta, ileo paralítico, distensão abdominal, sensibilidade a palpação, timpanismo, sinais de toxemia em pessoas normalmente portadoras de patologias cardio-vasculares.

Afecções que se acompanham de cólicas intestinais, biliares e renais também entram no diagnóstico diferencial, onde não teremos defesa muscular e fenômenos inflamatórios abdominais.

Linfadenite supurada, tuberculose ileo cecal, carcinoma de ceco, actinomicose do íleo terminal e ceco, cisto ovariano torcido, e hematoma de parede abdominal também entram no diagnóstico diferencial principalmente por que se confundem com abcesso apendicular.

g) Tratamento-Há de se levar em conta 4 etapas: apendicite aguda, peritonite local ou associada à apendicite aguda, abcesso apendicular associado a peritonite generalizada.

Nas duas primeiras situações, a apendicectomia é tratamento obrigatório e com bom resultado, isto é, com valescência rápida e com bom resultado.

As controvérsias surgem quando há massa palpável em fossa iliaca direita, pois alguns acham que o plastrão formado pelas algas e eplípon poderão romper as aderências que seguram o abcesso durante o ato cirúrgico.

O tratamento conservador é alvo de várias críticas inclusive a necessidade mais tarde de intervenção cirúrgica, preconizando-se então atualmente, a operação imediata cuja técnica mais usada é a descrita por Mc Burney.

MÉTODO E CASUÍSTICA

Os casos estudados foram selecionados na seção de documentação científica do Hospital Florianópolis através do fichário codificado das doenças segundo a classificação internacional de doenças da OMS.

Nos prontuários analisou-se a ficha de atendimento de emergência (Todos os pacientes atendidos neste hospital o são primariamente na seção de emergência) para obter-se dados sobre o primeiro sinal ou sintoma surgido e o tempo decorrente de seu surgimento até a hora do atendimento. Dos sinais ou sintomas que acompanharam o início do quadro, só foram valorizados aqueles achados no exame físico.

A descrição da cirurgia, feita em impresso próprio e encontrada em todos os prontuários, serviu para informar sobre a posição do apêndice e a via cirúrgica de acesso utilizada.

Além disso a leitura da evolução clínica diária no pós operatório ofereceu dados sobre complicação havidas e relatadas no trabalho.

Nos exames laboratoriais considerou-se apenas aqueles solicitados como rotina na grande maioria dos casos revistos, ou seja, parcial de urina e hemograma. As provas de função renal solicitadas para pacientes idosos ou outros exames solicitados para descartar patologias associadas e oferecer maior segurança ao ato cirúrgico não foram considerados neste trabalho.

No exame de urina, os valores normais fornecidos pelo laboratório do hospital são de ausência de proteínas, leucócitos em número inferior a 10.000 por ml e hemácias em número inferior a 6.000 por ml.

No hemograma dividiu-se o número total de leucócitos em faixas de menos de 8 milhões, de 8 a 10 milhões, de 10 a 20 milhões e superior a 20 milhões. O aumento relativo de bastão de 4% ou mais foi classificado como desvio à esquerda. Os outros achados laboratoriais do parcial de urina e hemograma não apresentaram alterações significativas que pudessem ser relatadas no trabalho.

Dos estudos radiológicos solicitados de rotina (RX de abdome em pé e deitado, RX de tórax em PA) foram en-

contrados apenas 14 dos 30 realizados. Foi realizado um estudo radiológico contrastado para elucidação diagnóstica (suspeita de tumor de ceco) que mostrou o apêndice contrastado. Na laparotomia explorada é posterior exame anátomo-patológico confirmou-se o diagnóstico de apêndicite aguda.

Dos 30 casos examinados encontrou-se o resultado de exame anátomo patológico de 29 pacientes. No caso em que não foi encontrado o resultado, houve segundo a descrição cirúrgica, solicitação do referido exame. Considerando a exuberância do quadro clínico e da descrição cirúrgica, resolveu-se incluí-lo na presente casuística.

RESULTADOS

TABELA I

Distribuição segundo o sexo de 30 casos de apendicectomia realizados no Hospital Florianópolis, no período de 06.07.79 à 20.09.80.

SEXO	NUMERO	%
Masculino	19	63,3%
Feminino	11	36,7%
TOTAL	30	100,0%

TABELA II

Distribuição segundo a idade, de 30 casos de apendicectomia realizados no Hospital Florianópolis, no período de 06.07.79 à 20.09.80.

IDADE	NUMERO	%	% ACUMULADO
12-20 anos	14	46,7%	46,7%
21-30 anos	11	36,7%	83,4%
31-40 anos	02	6,6%	90,0%
41-50 anos	-	-	-
50 e mais	3	10,0%	100,0%
TOTAL	30	100,0%	-

TABELA III

Distribuição segundo sintoma inicial predominante de 30 casos de apendicectomia realizados no Hospital Florianópolis no período de 06.07.79 à 20.09.80.

SINTOMA	NUMERO	%	% ACUMULADO
Dor epigástrica	13	43,7%	43,7%
Dor peri umbelical	6	19,8%	63,5%
Dor abdominal difusa	5	16,6%	80,1%
Dor em fossa ilíaca direita	5	16,6%	96,7%
Diarréia	1	3,3%	100,0%
TOTAL	30	100,0%	-

TABELA IV

Distribuição segundo tempo do inicio da sintomatologia à procura médica de 30 casos de apendicectomia realizados no hospital Flo_rianópolis, no período de 06.07.79 à 20.09.80.

TEMPO	NUMERO	%
0 à 12 horas	3	10%
13 à 24 horas	7	23,1%
25 à 48 horas	11	36,7%
mais de 48 horas	9	29,7%
TOTAL	30	100,0%

TABELA V

Distribuição segundo temperatura axilar de 30 casos de apendicectomia realizados no Hospital Florianópolis no período de 06.07.79 à 20.09.80.

TEMPERATURA	NUMERO	%
Menos que 37,5	13	43,3%
37,6 à 38	8	26,7%
38,1 à 39	8	26,7%
Mais que 39	1	3,3%
TOTAL	30	100,0%

TABELA VI

Distribuição segundo presença de sinais e sintomas clínicos de 30 casos de apendicectomia realizados no Hospital Florianópolis no período de 06.07.80 à 20.09.80.

SINAIS	PRESENTE		AUSENTE		NÃO REFERIDO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Blumberg	24	80%	6	20%	-	-	30	100%
Giordano	5	16,6%	17	56,6%	8	26,6%	30	100%
Toque Retal	3	10%	1	3,3%	26	86,7%	30	100%
Dissoc. axilo retal	7	23,3%	21	70%	2	6,7%	30	100%
Massa em FID	4	13,3%	26	86,7%	-	-	30	100%

TABELA VII

Distribuição segundo tipo de cirurgia proposta de 30 casos de apendicectomia realizados no Hospital de Florianópolis no período de 06.07.79 à 20.09.80.

TIPO DE CIRURGIA	NUMERO	%
Apendicectomia	21	70%
Laparotomia exploradora	9	30%
TOTAL	30	100%

TABELA VIII

Distribuição segundo título de incisão cirurgica de 30 casos de apendicectomia realizados no Hospital Florianópolis no período de 06.07.79 à 20.09.80.

TIPO	NUMERO	%
PRMIUID	22	73,4%
PMSU	1	3,3%
Mc Burney	5	16,7%
Jalaguier	1	3,3%
Lenander	1	3,3%
TOTAL	30	100,0%

TABELA IX

Distribuição segundo posição do apêndice de 30 casos de apendicetomia realizados no Hospital Florianópolis no período de 06.07.79 à 20.09.80.

POSIÇÃO	NÚMERO	%
Retro Cecal	7	23,4%
Fossa Iliaca Direita	22	73,3%
Pêlvico	1	3,3%
TOTAL	30	100,0%

TABELA X

Distribuição segundo leucometria de 30 casos de apendicectomia realizados no Hospital Florianópolis no período de 06.07.79 à 20.09.80.

LEUCOGRAMA	NÚMERO	%
Até 8 milhões	5	16,7%
De 8 à 10 milhões	5	16,7%
De 10 à 20 milhões	19	63,3%
Mais de 20 milhões	1	3,3%
TOTAL	30	100,0%

TABELA XI

Distribuição segundo leucocitose com desvio à esquerda de 30 casos de apendicectomia realizados no Hospital Florianópolis no período de 06.07.79 à 20.09.80.

DESVIO	NÚMERO	%
SIM	20	66,6%
NÃO	10	33,4%
TOTAL	30	100,0%

TABELA XII

Distribuição segundo exames laboratoriais de rotina de 30 casos de apendicectomia realizados no Hospital Florianópolis no período de 06.07.79 à 20.09.80.

EXAMES	Presença		ausencia		não ref.		total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Proteinúria	15	50%	8	26,6%	7	23,4%	30	100%
Hematúria	3	10%	20	66,6%	7	23,4%	30	100%
Leucocitúria	3	10%	20	66,6%	7	23,4%	30	100%

COMENTÁRIOS

Os dados encontrados no presente trabalho não diferem substancialmente da bibliografia consultada. Existe entre os autores uma certa discordância com relação a incidência da patologia. J.B. de Resende Alves (1) refere existir predominância de apendicite aguda no sexo masculino, o que é confirmada por Alípio Correa Neto (3). Em nossa casuística que é pequena, observa-se uma nítida preponderância no sexo masculino com 19 casos em 30 (63,3%). ver tabela I.

A faixa etária predominante iguala-se a propalada pela maioria dos autores, ou seja, uma incidência de 46,6% (14 casos) dos 12 aos 20 anos e 36,6% (11 casos) dos 20 aos 30 anos de idade, perfazendo um total de 83,2% (25 casos) para jovens e adultos jovens. A incidência acima dos 30 anos mostrou ser bem menos significativa com apenas 16,8% (5 casos). No entanto dadas as características clínicas próprias da criança (aqui não consideradas) e do velho (10%) esta incidência deve ser muito bem frisada. "O paciente idoso, por sua condição metabólica, apresenta: reações mais fracas, patologias intercorrentes, quadro clínico as vezes alterado em suas reações clássicas, uma incidência menor do que no jovem. As crises agudas, em sua maioria, são diagnosticadas em fase de complicações (peritonite, perfuração e gangrena). A forma clínica gangrenosa da apendicite é mais frequente no velho (1). Ver tabela II.

Todos os pacientes incluídos na casuística foram de cor branca. Fica difícil estabelecer-se um critério de julgamento já que a população é predominante de cor branca o que é verdade também para os pacientes atendidos.

Fato de grande importância é a sintomatologia inicial do quadro e o tempo decorrido de seu aparecimento até a procura de recursos médicos. A dor epigástrica e a dor periumbelical são os sintomas mais comuns abrangendo 63,3% dos casos (19 pacientes). O diagnóstico de apendicite aguda é feito frequentemente depois do 1º e 2º dia da crise inicial, tanto que a maioria dos casos são operados em fase de complicação (peritonite, perfuração e gangrena) (1). Este fato confirma-se nos casos levantados: 66,6% (20 dos 30 casos) foram atendidos após mais de 24 horas do início da sintomatologia. Este dato talvez justifique em parte a por

centagem elevada de abcessos de paredes decorrentes dos procedimentos operatórios (26,7%). Ver tabela III e IV.

A febre está presente em 56,7% dos casos, mas somente um paciente apresentou níveis iniciais acima de 39 graus centígrados. Conforme J.B. de Resende Alves "a febre não é muito elevada e é de aparecimento progressivo" (1). Ver tabela V.

Os dados de exame físico foram os classicamente difundidos na grande maioria dos casos operados. Destaque-se apenas o pequeno número de toques realizados (13,3%) e a existência de dissociação axilo retal em apenas 23,3% dos pacientes. As manifestações urinárias foram poucas o que coincide com o encontro de 23,4% de apêndice em posição retrocecal. Estes achados são confirmados pelas poucas alterações encontradas nos parciais de urina (10% com hematúria microscópica e 10% com leucocitúria). Ver tabela VI IX e XII).

A incisão cirúrgica mais executada foi a para retal mediana infraumbelical direita, que permite boa via de acesso além de oferecer a vantagem de ser ampliada caso necessário. Como dissemos anteriormente, a maioria dos casos foram atendidos após 24 horas do início do quadro o que predispõe sobremaneira a presença de complicações que exigem uma via de acesso mais ampla. Ver tabela VII e VIII.

Os achados laboratoriais e radiológicos foram coerentes com a literatura consultada. A leucocitose foi mais frequente (63,3%) entre 10 à 20 milhões de leucócitos, com desvio a esquerda (66%). Os radiológicos (14 casos) foram sugestivos de abdome agudo inflamatório, excetuando apenas um caso, cujo laudo de RX foi inicialmente normal. Ver tabela X e XI.

Não foi constatado nenhum óbito entre todos os casos atendidos.

CONCLUSÃO

- 1) Os dados coletados não apresentaram divergências significativas com a bibliografia consultada.
- 2) Os resultados alcançados pelo serviço superam aqueles citados na bibliografia consultada que mostra um índice de mortalidade de 0,1%.
- 3) A assistência prestada aos pacientes com apendicite aguda foi plenamente satisfatória considerando-se os dois itens acima.

BIBLIOGRAFIA

- 1- ALVES, J.B. de Resende: Cirurgia Geral e Especializada. 1ª Edição, 38ª Volume. Belo Horizonte, Editora Vega.1973. P.323-335.
- 2- CHRISTOPHER: Tratado de Patologia Quirúrgica, 9ª Edição, Editorial Interamericana. México, 1970. P. 630-634.
- 3- CORREA, N. Alípio: Clínica Cirúrgica Alípio Correa neto. 5ª Volume, 3ª Edição, São Paulo. Editora Sarvier. P.39-45.

TCC
UFSC
CC
0022

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0022

Autor: Rocha, Ari

Título: Revisão de 30 casos de pacientes



972811457

Ac. 252859

Ex.1 UFSC BSCCSM